Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente
Servicio de Salud Concepción
Ministerio de Salud

UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

LABORATORIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO

HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

Dirección: Torre paciente critico 3° Piso (Frente a Patología quirúrgica) Hospital Guillermo Grant Benavente
Fono : (41) 2722533
mail:labcitometria@ssconcepcion.cl/citometriahggb@gmail.com

SOLICITUD DE ESTUDIO DE CITOMETRÍA PARA INMUNODEFICIENCIAS

RUT*:_____ Nombre*:_____
Fecha de Nac*:____/_____/_____ Edad:_____ Sexo* ☐ F ☐ M
Dirección*:_____ Comuna*: _____
Ciudad:_____ Región: _____Email Paciente_____
Servicio*: _____ Médico Tratante(**obligatorio**):_____
Diagnóstico*:_____ Email, Médico/Servicio (**obligatorio**):_____
Teléfono paciente:_____Teléfono de contacto notificación urgente_____

MUESTRA ENVIADA (obligatorio): ○ SP OTRO (Especificar):_____
Fecha toma de muestra * _____/_____/_____ Hora*_____/_____
Responsable toma de muestra :_____Responsable Traslado_____

ESTUDIO INMUNOFENOTIPO

- ☐ Subpoblaciones Linfocitarias (CD3+ CD4+ CD8+ CD19+ CD16/CD56+)
- ☐ Linfocitos T Totales (CD3+)
- ☐ Linfocitos T Helper (CD3+ CD4+)
- ☐ Linfocitos T Supresores (CD3+ CD8+)
- ☐ Linfocitos B (CD3- CD19+)
- ☐ Linfocitos Natural Killer (CD3-CD16/CD56+)
- ☐ Linfocitos T de Memoria
- ☐ Linfocitos B de Memoria
- ☐ NK Dim/Brigth
- ☐ TCRab doble Negativo
- ☐ Linfocitos T Reguladores
- ☐ HLA-DR en Linfocitos T
- ☐ Panel Rituximab (CD19/CD20)
- ☐ Emigrantes Tímicos Recientes
- ☐ Screening Inmunodeficiencias Primarias por Citometría (incluye Subpoblaciones Linfocitarias, Linfocitos B Memoria y Linfocitos T Memoria)
- ☐ Otro:_____

Nota: Los campos con (*) son obligatorios.

Dirección: Torre paciente critico 3° Piso (Frente a Patología Quirúrgica) Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile
Fono: (41) 2722533
mail: labcitometria@ssconcepcion.cl/citometriahggb@gmail.com

Descargar Solicitud